

A propos d'un cas d'abcès amibien
du foie, traité par injections d'émétine
dans la poche

352

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

Présentée et soutenue le

1930

PAR

Jean-André TASSALY

Ne a Blostein (Rummen) le 27 oct. 1904

Président de Thèse : M. le Dr LEJARS, Professeur

PARIS

ASSOCIATION DU DOCTORAT

18, RUE DARCET (17^e)

1930

**A propos d'un cas d'abcès amibien
du foie, traité par injections d'émétine
dans la poche**

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

Présentée et soutenue le

1930

PAR

Jean-André TASSALY

Président de Thèse : M. le Dr LEJARS, Professeur

PARIS

ASSOCIATION DU DOCTORAT

18, RUE DARCET (17^e)

1930

1. — PROFESSEURS

<i>Le Doyen</i>	M. ROGER.
	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET
	CARNOT.
Clinique médicale	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphili- tiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DEL BET.
Clinique chirurgicale	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	{ COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
	{ J.-L. FAURE.
Clinique gynécologie	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopé- die	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	LÉON BERNARD.
Clinique de la Tuberculose	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	3ÉNARD HENRI.
Physiologie.....	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIÈRE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCCQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDAR D'ALLAINES.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Parasitologie.....	LAROCHE GUY.
Oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.....	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pharmacologie.....	MERCIER FERNAND.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie Pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIÈVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique.....	VAUDESCAL.
Ophtalmologie.....	VELTER.
Histologie.....	VERNE.
Obstétrique.....	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.
Obstétrique	DEMELIN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique chirurgicale.....	ALGLAVE.
Clinique chirurgicale.....	AUVRAY.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique médicale.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique médicale.....	LÉRI.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	PROUST.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'-MERE

A MON GRAND-PERE

*en témoignage de ma profonde
affection.*

A MA MERE ET A MON PERE

*je ne saurais mieux témoigner
la reconnaissance immense
que je vous dois qu'en ne per-
dant jamais de vue, pour diri-
ger mes pas dans ma future
vocation, l'idée sublime du
devoir.*

A MA SŒUR ET A MES FRERES

A TOUTE MA FAMILLE

gage de tendre affection.

A MA PETITE FAMILLE FRANÇAISE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR LEJARS

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine,

Commandeur de la Légion d'honneur,

Membre de l'Académie de Médecine,

Professeur de la Clinique chirurgicale

*nous le prions d'agréer nos vifs
remerciements pour le grand
honneur qu'il nous fait en ac-
ceptant de présider la soute-
nance de cette thèse.*

A MES JUGES

A MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

La fréquence des hépatites amébiennes suppurées ou non est un fait bien connu et sur lequel il serait superflu d'insister. Leur anatomie pathologique, leur symptomatologie a été précisée par les travaux de ces dernières années. Les indications et la technique du traitement par l'émétine que les médicaments récemment proposés semblent non pas devoir supplanter, mais aider de façon utile, sont aussi fixes et rien, semble-t-il, ne peut être apporté de nouveau sur un tel sujet. Il est un point cependant, sur lequel notre attention a été attirée : le moment où le traitement chirurgical doit intervenir et où la seule thérapeutique médicale ne suffit plus, n'est pas par tous les auteurs fixé de la même manière. Il nous a paru intéressant à propos d'un cas où le traitement médical s'est montré efficace un peu au delà des limites qu'on assigne d'ordinaire à son domaine, de passer en revue les différentes opinions des auteurs sur les indications du traitement chirurgical.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552831_0058

HISTORIQUE

La connaissance d'une lésion aussi évidente qu'un abcès volumineux du foie est très ancienne; et on n'est pas surpris de savoir qu'Hippocrate les citait déjà. Bien avant que les rapports des grands abcès avec la dysenterie aient été mis en évidence, la plus grande fréquence de ces abcès en avait été déjà notée. Dutroulau d'une part, Annesley d'autre part, dans son traité sur les maladies de l'Inde, ont affirmé par la seule observation clinique le lien entre dysenterie et abcès. Il fallut pour qu'il soit scientifiquement prouvé, la découverte de l'amibe dysentérique par Lambe en 1859 et de son rôle pathogène par Lœsch en 1875. Kartulis en 1887 retrouve dans le foie l'amibe de l'intestin. Harris en 1898, Marchaux en 1899, réussissent à réaliser expérimentalement des abcès dysentériques du foie.

Le traitement des abcès dysentériques du foie a d'abord été chirurgical. Au temps où l'ouverture du péritoine était au cours d'une intervention un accident catastrophique, on s'efforçait d'inciser l'abcès

hépatique à travers des adhérences séreuses artificiellement créées. Recamier essaya également l'ouverture en deux temps.

Le procédé moderne de l'incision à travers le péritoine est du à Stromeyer Little. En France, les premières observations sont de Rochard en 1880. Depuis d'innombrables interventions ont été faites et les cas de guérison post-opératoire ne se comptent plus.

Les progrès de la thérapeutique médicale ont cependant restreint les indications du traitement chirurgical.

L'ipéca et surtout l'émétine, son alcaloïde, restent, semble-t-il, le médicament essentiel. L'efficacité de l'ipéca est connue depuis très longtemps. Un peu délaissé ensuite, après les résultats heureux des premières interventions chirurgicales, l'ipéca fut réhabilité par Rogers. Les résultats de ses travaux furent rapidement confirmés et il faut signaler tout spécialement les travaux du professeur Chauffard. En 1913, Milian traitant un syphilitique atteint de dysenterie, a constaté les heureux effets de l'arsenic dans l'amibiase. Depuis, le treparsol puis le stovarsol ont paru les arsenicaux les mieux adaptés au traitement de la dysenterie et de ses complications hépatiques. Le bismuth semble être aussi un médicament adjuvant des plus utiles. D'autres thérapeutiques ont été également préconisées dans ces

dernières années : par la simarouba, l'auramine, l'auremetine, la yatrèn 105, mais tous ces produits ont été encore peu étudiés dans les hépatites amibiennes.

La richesse et l'efficacité de cet arsenal de thérapeutique médicale fait comprendre la transformation des idées sur les indications de l'incision chirurgicale. Les cas de complications hépatiques guéris sans opération ne se comptent pas : et une notion nouvelle en est découlée, celle de la fréquence de l'amibiase hépatique sans abcès, de l'hépatite amibienne précédant la suppuration. Il y a plus : de nombreux abcès vérifiés par la ponction exploratrice ont été guéris sans incision. On conçoit qu'il ait pu y avoir quelque flottement dans l'opinion des auteurs sur le moment précis de l'intervention chirurgicale.

Enfin une autre méthode thérapeutique a été défendue par Rogers. L'efficacité de l'émétine arrivant au foie par la circulation générale a fait penser que beaucoup d'abcès seraient guéris sans incision si on injectait après évacuation de l'émétine dans leur cavité. La ponction évacuatrice a été préconisée depuis longtemps et au temps où l'opération avait des inconvénients graves, elle avait pu guérir quelques cas. L'injection d'émétine en a fait une méthode, dont les résultats peuvent être surprenants. On sait cependant que cette méthode est passible

aux graves objections: la ponction du foie n'est pas sans inconvénients sérieux; Lecène en particulier a insisté sur les dangers qu'elle peut présenter et ne l'admet que comme le premier temps de l'acte opératoire, la surface du foie ayant été mis à nu par incision préalable de la paroi. Il est évident *a priori* que rien n'est plus risqué que d'enfoncer à l'aveuglette une aiguille d'un assez gros calibre à l'intérieur d'un organe aussi richement vascularisé que le foie.

Nous nous sommes proposés, d'après l'observation d'un malade guéri par injection d'émétine dans la poche et d'après les cas analogues déjà publiés, de préciser les indications d'une réelle méthode.

Disons déjà qu'elles nous paraissent être assez limitées.

SUR QUELQUES FAITS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE BACTERIOLOGIE

Nous ne nous proposons pas de passer en revue toutes les hypothèses qui cherchent à expliquer la migration de l'amibe dans le foie, ni de rappeler en détail l'anatomie pathologique des hépatites amibiennes. Nous voudrions seulement insister sur les quelques points qui peuvent être importants pour préciser les indications thérapeutiques, celles de la ponction évacuatrice suivie d'injection locale d'émétine en particulier.

En ce qui concerne la bactériologie, la possibilité d'association des microbes à l'amibe et la sensibilité de celle-ci à l'émétine retiendront notre attention. Au point de vue anatomique la transformation progressive de l'hépatite en abcès, le siège de celui-ci, nous paraissent devoir être étudiés.

Le rôle des germes qui peuvent accompagner l'amibe a été diversement interprété : il nous faut envisager l'infection microbienne contemporaine de l'amibiase hépatique et l'infection secondaire de l'abcès du foie après ouverture.

L'opinion qui fait jouer un rôle important à des microbes associés dans la genèse de l'abcès, a eu son heure de vogue. On en comprend toute l'importance au point de vue thérapeutique si le streptocoque, le staphylocoque ou un autre pyogène sont obligatoirement associés à l'amibe, l'incision chirurgicale est toujours indispensable et on ne conçoit pas la guérison d'un abcès collecté par l'émétine seule.

On admettait encore récemment que l'amibe pouvait au plus causer la nécrose du tissu hépatique, mais que la suppuration supposait l'intervention nécessaire de microbes. Rogers avait montré que le pus amibien est un excellent milieu de culture. On a pu étudier la bactériologie de quelques cas : on a trouvé, en plus des pyogènes banaux, des anaérobies. Cependant la stérilité habituelle du pus amibien est la règle; si bien que trouver un pus amicrobien à la ponction d'un abcès hépatique, en prouve presque l'origine amibienne. Il faut donc admettre une stérilisation secondaire de ce pus : Françon, dans sa thèse, résume en un schéma cette évolution classique : 1° amibe seule, d'où nécrose; 2° amibe plus association microbienne et suppuration; 3° amibe seule et pus stérile bactériologiquement; 4° disparition de tout organisme vivant amibien, ou bactérien et pus « mort ». Une telle évolution du pus semble bien schématique et on a ten-

dance à penser que les germes associés ne jouent d'habitude aucun rôle dans la formation de l'abcès : c'est l'opinion de Gosset, de Chauffard, de Rogers qui sur 111 examens bactériologiques, ont eu 90 cas négatifs.

L'infection secondaire de l'abcès après ouverture est par contre relativement fréquente. Elle est fatale après ouverture spontanée dans les bronches ou surtout dans l'intestin ; elle n'a pas cependant, au moins dans le cas d'ouverture dans les bronches, une telle gravité que le traitement par l'émétine en devienne complètement inopérant. On a publié des cas d'abcès ouverts dans les bronches et guéris par le traitement médical ; ils sont évidemment beaucoup plus graves que les abcès uniquement hépatiques.

L'infection secondaire par la plaie opératoire après évacuation chirurgicale de l'abcès peut se produire, elle est un des facteurs de gravité de l'incision qui n'est pas négligeable. Il ne faut pas en exagérer la fréquence ; et elle paraît évitable : sa possibilité doit en tous cas faire redoubler les précautions d'asepsie dans les pansements de la plaie. Rogers a constaté la grande fréquence aux Indes de cette infection secondaire, à staphylocoque en particulier ; elle lui a paru assez à redouter pour que les indications du traitement chirurgical en doivent être restreintes. Il préfère le risque de la ponction

suivie d'injection d'émétine à celui de cette infection post-opératoire. Il semble cependant qu'avec l'outillage chirurgical moderne on puisse assez facilement échapper à ce danger, et que l'infection secondaire que l'on évite après de nombreuses interventions qui laissent ouverte une cavité facilement infectable, doive être également évité après ouverture d'un abcès du foie.

Ainsi le rôle des germes associés nous paraît-il devoir être placé au second plan; l'amibe intervient presque toujours seule du début à la fin de l'évolution d'une hépatite amibienne suppurée. Le résultat de certaines expériences récentes fait comprendre l'effet surprenant qu'a pu donner l'injection d'émétine dans la poche. On sait que l'on a pu obtenir des cultures d'amibes; plusieurs auteurs ont essayé sur ces cultures l'action d'émétine et d'autres médicaments de l'amibiase. A l'inverse de ce qui se passe pour le tréponème qui *in vitro* supporte la présence de l'arsénobenzol, les amibes sont tuées par des dilutions très faibles d'émétine. Un taux de 1/100,000 d'émétine suffit pour que les mouvements des amibes soient arrêtés; avec 1/10,000 celles-ci sont rapidement détruites. On peut comparer assez grossièrement d'ailleurs les dilutions d'émétine dans une cavité d'abcès après injections sous-cutanées et après injections locales. En admettant qu'après évacuation il reste 100 gr. de liquide

dans la cavité hépatique, une injection de 0,10 met-trait les amibes en présence d'une dilution d'émé-tine à 1/1,000. Après injection sous-cutanée de 0,12, dose élevée pour une seule piqûre, chez un sujet ayant en circulation 6 litres de sang, les vaisseaux amèneraient à la paroi de l'abcès du foie une solu-tion d'émétine à 1/200,000 seulement. Un tel rap-prochement des chiffres est forcément artificiel; il rend compte cependant jusqu'à un certain point des résultats surprenants qu'a pu donner parfois l'injection d'émétine dans la cavité de l'abcès. En-core faut-il que les amibes y soient actives et soient la cause actuelle de l'abcès : il s'agit là d'un point de vue anatomique que nous allons maintenant envisager.

Nous avons déjà fait allusion à la distinction bien connue du pus vivant, riche en amibes; et du pus mort, stérile. Il est évident *a priori* que l'émétine n'aura chance de guérir que l'abcès récent, conte-nant du pus de la première catégorie. Les examens anatomiques montrent des lésions très spéciales dans les premiers stades de l'hépatite amibienne.

A la coupe on voit le tissu hépatique plus foncé que normalement, avec des vaisseaux gorgés de sang qui suinte abondamment de la surface de section; fait important, on trouve des régions blan-châtres déjà en voie de ramollissement. L'examen histologique montre en effet de la dilatation des

capillaires avec quelques foyers hémorragiques et diapédese; en certaines régions qui alternent irrégulièrement avec les précédentes, il y a des lésions nettes des cellules hépatiques, gonflées, bourrées de grains pigmentaires ou déjà nécrosées. La cause de la nécrose cellulaire serait d'ailleurs plus souvent interstitielle, non parenchymateuse et une thrombose amibienne d'une veinule porte tiendrait sous sa dépendance la destruction des cellules hépatiques.

Plus tard, la suppuration s'installe; on trouve à la coupe une cavité arrondie, contenant un liquide rougeâtre ou brunâtre de couleur chocolat. Il est très visqueux et se coagule bientôt en masse; il est plus ou moins abondant, sa quantité peut atteindre et dépasser 1 litre. Les amibes sont difficiles à retrouver dans le liquide lui-même; par contre, on les met en évidence plus aisément dans la paroi qui limite l'abcès.

Plus tard encore, l'abcès tend à devenir chronique, sa paroi change d'aspect, au lieu d'une mince membrane qui entoure le pus, on trouve une paroi épaisse, résistante qui ne se laissera que très difficilement rétracter. Le pus également se transforme: liquide verdâtre, tantôt crémeux, tantôt louche, mal lié. Il est stérile; même à la périphérie de l'abcès, il est devenu très difficile à retrouver les amibes.

C'est le pus « mort » de Chauffard, par opposition du pus vivant de l'abcès récent.

Au point de vue thérapeutique, ces deux types d'abcès sont à envisager de différentes façons. Le traitement émétinique seul peut guérir l'abcès récent à pus vivant.

On conçoit par contre que l'évacuation chirurgicale soit indispensable pour le pus mort de l'abcès ancien. Le seul état de la paroi peu rétractile suffirait à en rendre compte. Ce qui est vrai du traitement général par l'émétine doit l'être aussi du traitement local par injection dans la poche.

Cependant cette évolution anatomique ainsi schématisée s'applique surtout à l'abcès tropical d'évolution aiguë. Les hépatites amibiennes subaiguës que l'on observe en France le plus souvent ont une évolution par poussées successives; des lésions aux différents âges se retrouvent à côté les unes des autres; on conçoit la difficulté que l'on peut éprouver à l'examen clinique pour affirmer ou non s'il y a suppuration ou seulement hépatite. Enfin la distinction du pus vivant pouvant disparaître par l'émétine et du pus mort demandant l'évacuation chirurgicale est assez schématique. Notre malade avait à la ponction un pus vert, cependant l'émétine injectée dans la cavité a suffi à guérir le malade.

Le siège de l'abcès a autant que sa constitution

est important pour les indications du traitement chirurgical et de la ponction évacuatrice.

Il est rarement antérieur, bombant sous le rebord costal, dans le flanc droit ou au creux épigastrique, comme chez notre malade. On constate alors souvent à l'examen anatomique des adhérences péritonéales reliant directement la paroi abdominale à la surface du foie. Mais il est important de noter que ces adhérences de sécurité manquent très souvent et qu'elles ne sont en tous cas pas toujours suffisantes pour empêcher le passage du pus dans le péritoine. On voit que les conditions qui permettraient de pratiquer en toute sécurité la ponction du foie avec un gros trocart, sont loin d'être toujours réalisées.

L'abcès siège le plus souvent dans la profondeur, à la face convexe du lobe droit. On sait d'ailleurs que l'ouverture spontanée la plus fréquente se fait dans les bronches. Le trocart qui irait chercher un tel abcès devrait donc traverser la plèvre, qui n'est pas toujours symphysée et le péritoine. Il aurait à faire un assez long trajet dans l'épaisseur du foie, d'où plus grands risques d'hémorragies. Enfin la difficulté de tomber du premier coup sur un abcès profond rendent souvent nécessaires plusieurs tentatives.

L'abcès est le plus souvent unique : cependant les observations d'abcès multiples sont fréquentes.

Le pronostic est plus réservé, l'intervention risquant de ne pas ouvrir toutes les cavités. On voit combien il serait plus difficile au trocart d'arriver dans ces cas-là à pénétrer dans tous les abcès.

Les considérations sur l'anatomie pathologique des hépatites amibiennes nous montrent déjà que le traitement par ponction évacuatrice suivie d'injection d'émétine ne comportera que des indications limitées. Il peut paraître idéal au point de vue biologique, mais les dangers de toutes ponctions hépatiques avec le trocart nécessaire lui feront le plus souvent préférer l'incision chirurgicale. Nous ne ponctionnerons que les abcès antérieurs et latéraux, donnant une voussure bien visible, ou l'aiguille n'aura qu'un très court trajet à parcourir, pour arriver au pus, traversant le péritoine probablement adhérent et une épaisseur minime de tissu hépatique congestionné, donc peu de risques d'hémorragies.

LES INDICATIONS THERAPEUTIQUES SUIVANT L'EVOLUTION CLINIQUE

En principe, le traitement médical doit toujours être fait. L'intervention sur l'abcès est un traitement complémentaire, qui n'est pas toujours indiqué. Tantôt et le plus souvent, elle ne devient jamais nécessaire, tantôt sa nécessité s'impose d'emblée, au premier examen, tantôt il s'agit d'un sujet mis d'abord au traitement médical, les résultats sont incomplets, et on se trouve obligé d'envisager l'intervention locale.

Nous nous proposons de passer en revue les différentes formes d'hépatite amibienne et d'étudier dans chacune d'entre elles les indications opératoires.

Les hépatites aiguës aboutissant à l'abcès dit « tropical », se voient en effet le moins souvent en France. C'est chez elles que les indications relatives du traitement médical et du traitement chirurgical sont les plus précises.

On sait que l'apparition de la fièvre et surtout d'une douleur vive dans l'épaule droite doit faire

aussitôt chez un dysentérique porter le diagnostic d'hépatite et faire redoubler le traitement par l'émétine. Ce traitement mené avec la même intensité que celui d'une syphilis primaire, peut seul arrêter l'évolution au stade d'hépatite et empêcher la suppuration. Parfois d'ailleurs l'évolution est très rapide et la suppuration s'installe presque d'emblée, mais en règle il existe une période d'hépatite pré-suppurative d'une ou deux semaines. L'intensité de la fièvre, l'altération de l'état général permettraient à eux seuls le diagnostic de la suppuration; surtout leur persistance malgré le traitement émétinique..

Mieux encore que les signes généraux et que le faciès du malade, l'examen de son foie va prouver l'existence d'un abcès; la douleur très vive au début persiste avec la même intensité. A la palpation on trouve non seulement un foie augmenté de volume, le plus souvent son côté droit, mais surtout en une région limitée, un point particulièrement douloureux au palper. L'ensemble du foie est sensible à la pression, mais une région déterminée, souvent en arrière ou dans le flanc droit est tellement douloureuse que sa pression arrache un cri au malade. Si on veut faire une ponction explorative ou évacuatrice, c'est à ce niveau qu'il faudra enfoncer l'aiguille. Souvent une voussure vient rendre plus certaine encore l'existence du pus dans cette région. On peut essayer la ponction évacuatrice suivie

d'une injection d'émétine. Nous avons déjà insisté sur les dangers d'une telle ponction, si une certaine épaisseur de tissu hépatique doit être traversée, ce qui peut donner une hémorragie. D'autre part dans ces formes aiguës la traversée du péritoïne par le trocart *a priori* est dangereuse. Déjà dans les hépatites chroniques ou subaiguës, l'adhérence des deux feuillets de la séreuse est hypothétique; la non adhérence est donc vraisemblable dans les formes aiguës, dont l'évolution est rapide. L'écoulement du pus dans le péritoïne reste donc à redouter. Bien que ce pus soit habituellement aseptique, le fait ne paraît pas exempt de danger. Il semble que devant une hépatite suppurée aiguë, l'incision chirurgicale doive être préférée à la simple ponction.

Le plus souvent on a l'occasion d'observer en France des hépatites amibiennes subaiguës. La difficulté est alors d'apprécier le stade évolutif où se trouvent arrivées les lésions et en règle cette difficulté est très grande. La maladie évolue par poussées successives et on a la plus grande peine à interpréter les signes physiques : hépatite simple, suppuration ou lésions fibreuses, chroniques. Comme suppuration ne veut pas dire forcément intervention chirurgicale, on voit qu'il y a double obscurité dans l'interprétation des indications opératoires.

Il s'agit d'un malade qui dans bien des cas n'a

jamais été aux colonies et n'a jamais souffert de dysenterie; en tous cas souvent le séjour dans les régions où l'amibiase est commune et l'affection intestinale elle-même sont anciennes. Le malade ne pense pas à informer son médecin d'antécédents si importants pour le diagnostic exact.

Au premier abord les symptômes dont il se plaint sont plutôt faits pour dérouter les recherches. Souvent, nous l'avons dit, les lésions appartiennent à la convexité du lobe droit et les premiers troubles indiquent plutôt une affection pleuro-pulmonaire de la base droite. Le sujet consulte son médecin pour un point de côté persistant dont il souffre au niveau des dernières côtes droites; il tousse; l'examen physique permet de constater une submatité des derniers espaces intercostaux, une diminution du murmure vésiculaire, quelques frottements pleuraux dans la même zone. Si le malade amaigrit d'une façon notable, s'il se plaint d'asthénie, de sueurs nocturnes; si de plus il y a par hasard quelques antécédents de tuberculose dans son entourage, on a vite fait de penser qu'il est lui-même tuberculeux : une réaction pleurale explique ainsi tous les troubles qui l'affectent. Une asymétrie dans les qualités du murmure vésiculaire, une submatité au sommet, sont, il est vrai, fréquentes chez des sujets normaux, mais elles peuvent cacher chez un malade suspect des lésions importantes. Malgré

une ou plusieurs radioscopies négatives, malgré une radiographie tout à fait normale, on renoncera difficilement et avec un retard souvent appréciable à un diagnostic aussi séduisant.

Parfois d'ailleurs le malade aura à sa plèvre droite des lésions beaucoup plus explicites : on aura trouvé la matité franche et l'abolition complète des vibrations et du murmure vésiculaire, caractéristiques d'un épanchement pleural ; la ponction exploratrice aura ramené une quantité notable d'un liquide séro-fibrineux. Le diagnostic de pleurésie tuberculeuse aura été naturellement porté, et il faut reconnaître qu'il était automatiquement indiqué, pour ainsi dire. Cependant l'examen du foie, qui ne devrait jamais être négligé devant un syndrome de la base droite, aurait pu, sinon conduire immédiatement au diagnostic, au moins amener la constatation d'un symptôme important de l'hépatomégalie douloureuse.

Dans d'autres cas une toute autre erreur de diagnostic aurait été faite. Le malade, sujet jeune, se serait plaint des douleurs dans l'hypochondre droit, des troubles dyspeptiques divers, peut-être rythmés par les repas. Parfois il aurait pu avoir un ictère intermittent, ou bien les troubles digestifs, tels qu'une anorexie élective pour les graisses ; une diarrhée post-prandiale auraient pu faire penser à une lithiase biliaire. Si ces douleurs avaient eu une

irradiation significative vers l'épaule et l'omoplate droite, ce diagnostic se serait-il presque imposé après le seul interrogatoire. Il aurait suffi au médecin ainsi préparé à accueillir cette hypothèse, de trouver au palper un point douloureux sous le rebord costal droit, voisin de la région vésiculaire, pour que l'idée de lithiasie biliaire paraisse correspondre à la réalité. Il n'est pas jusqu'à la voussure de l'abcès qui ne puisse s'intégrer dans une telle hypothèse diagnostique. Pour peu qu'elle réponde par un de ses pôles au rebord du muscle grand droit, elle deviendrait le témoin de l'existence d'une vésicule distendue par des calculs, de la bile ou du pus, s'il y a de la fièvre et des frissons.

De telles erreurs de diagnostic se commettent avec la plus grande facilité : nous en avons montré les raisons. Une hépatite subaigüe pourrait simuler, lorsque rien ne fait penser aussitôt à l'amibiase de nombreuses autres affections. Nous n'avons pas à y insister. Nous voulons cependant montrer que le diagnostic d'amibiase hépatique étant lui-même des plus délicats; celui de sa nature : hépatite simple ou suppurée est lui-même des plus difficiles.

Même si une voussure est constatée dans l'hypochondre droit, même si elle est rapportée au foie, sa nature a encore bien des chances d'être méconnue. Une nodosité, encore dure, appartenant au bord antérieur de l'organe, peut être produite par

un tout autre processus. Un cancer secondaire métastase d'un cancer du tube digestif, ce qui est si fréquent, peut bien revêtir un tel aspect. Pour peu que le sujet ait maigri notablement, que son teint ait pâli de façon visible, l'interprétation dans le sens de tumeur maligne est facilement accueillie. La fièvre ne gêne guère ce diagnostic. Les cancers viscéraux volumineux, celui du foie en particulier, la donnent souvent et le fait est bien connu. Nous conservons le souvenir d'un malade de l'hôpital Cochin chez qui un cancer du foie était des plus vraisemblables, et que le traitement à l'émétine fait par acquit de conscience, guérit en quelques jours. Nous nous rappelons que le professeur Widal conseillait chez les sujets semblant atteints selon toute probabilité d'un cancer primitif du foie, un traitement par l'émétine qui pouvait s'il y avait erreur de diagnostic donner la surprise d'une guérison inespérée.

Ainsi donc même devant la voussure localisée, signe évident chez un dysentérique, observé aux colonies, on peut si on ne pense pas à l'amibiase, faire une erreur de diagnostic.

Rappelons que la recherche des kystes dans les selles, des amibes dans une parcelle de mucus prélevée sur une ulcération recto-sigmoïdienne, ou la constatation d'une forte leucocytose sanguine ont pu conduire au diagnostic exact.

Pour quelques auteurs la suppuration existerait presque d'emblée et une ponction heureuse devrait même dans les premiers jours ramener du pus. Pour d'autres un stade d'hépatite précéderait la suppuration : il peut être déjà d'une ou deux semaines dans les abcès dits tropicaux. La durée serait, semble-t-il beaucoup plus longue dans les hépatites subaiguës.

En pratique il faudrait penser à la suppuration d'après certains indices.

Une fièvre prolongée depuis plusieurs semaines la rend déjà vraisemblable. Elle l'est plus encore, si la température est de type oscillant; montant à 40° le soir avec frissons et sueurs. L'altération marquée de l'état général y fait encore penser; un malade sérieusement amaigri, au teint terreux, aux traits tirés, avec de la diarrhée, de l'albiminurie, a l'aspect traditionnel d'un suppurant.

Si les signes généraux rendent la purulence probable, les signes locaux peuvent en donner la quasi certitude. Une douleur spontanée, très vive, persistant depuis plusieurs jours, avec au palper un point de douleur exquise, localisé dans la même région à plusieurs examens successifs a pu suffire à indiquer une ponction à ce niveau.

Si de plus il y a une voussure, surtout avec rougeur et œdème de la peau, ce qui d'ailleurs précé-

derait de peu une ouverture spontanée. La présence du pus est certaine.

En présence de signes analogues nous nous sommes crus autorisés chez notre malade à pratiquer la ponction.

Nous n'avons pas à insister en revanche sur les formes suraigües et chroniques des abcès amibiens.

Dans les formes suraigües, il s'agit de véritables phlegmons du foie; la suppuration est diffuse; l'intervention chirurgicale peut être pratiquée, elle a pu donner des résultats heureux, mais ses échecs sont imputables à l'intensité de l'infection amibienne, peut-être au terrain, plus qu'à des défectuosités de la thérapeutique.

Les formes chroniques sont des cirrhoses ou bien des abcès chroniques. Les cirrhoses n'ont évidemment rien à voir avec un traitement chirurgical. Les abcès chroniques au contraire demandent une incision exploratrice et évacuatrice.

LE TRAITEMENT

Nous ne nous proposons pas d'étudier complètement la technique du traitement médical par l'émétine ou d'autres médicaments, ni celle de l'intervention chirurgicale. L'une et l'autre sont aujourd'hui bien précises dans leurs détails.

L'émétine est le médicament essentiel : les injections sont de 4, 8 ou 120 cgr. Il ne semble pas nuisible de dépasser la dose classique de 0 gr. 10 par jour. Mais pour éviter l'accumulation, il est nécessaire de rester en dessous de la dose limite de 1 gr. par mois. Une marge suffisante reste, dans laquelle jouent les différentes modalités d'application proposées. Les incidents révélateurs de l'intolérance sont les nausées, fréquentes à la fin d'une cure. Les accidents graves, signalés par Rogers; bien étudiés par Mattei seraient des lipothymies, de l'hypotension, des vertiges. En plus de ces accidents cardio-bulbaires, on a pu voir des troubles nerveuses, de l'asotémie.

L'iodure double de bismuth et d'émétine se don-

nerait par capsules hélatinisées à la dose de 6 cgr. chaque jour, pendant 10-12 jours.

L'intervention chirurgicale a été bien réglée. Lécène et Leriche rappellent dans leur traité de thérapeutique chirurgicale que dans l'abcès postérieur, le plus fréquent, il est avantageux de passer par voie transparente. On incise la 9^e côte sur la ligne oscillaire postérieur, on incise le diaphragme, on suture à la plèvre et aux muscles intercostaux. On peut arriver ainsi au foie sans causer de pneumothorax. L'abcès est vidé et drainé. Brun et Robineau ont proposé de refermer dans drainer, en se fiant à l'efficacité du traitement médical.

Rappelons brièvement les conditions dans lesquelles une ponction évacuatrice semble présenter le minimum de dangers : abcès collecté, antérieur ou latéral, donnant une voussure douloureuse où le pus semble directement sous la paroi. Ainsi adhérences péritonéales, rendant l'écoulement de pus dans le péritoïne improbable, et minimum de tissu hépatique à traverser, d'où danger d'hémorragies évité. L'évacuation du pus est le premier temps de l'intervention; pour être aussi complète que possible, elle doit être faite avec une aiguille d'un calibre suffisant et avec une aspiration assez forte. Ajoutons que la jointure souple par tube de caoutchouc entre l'aiguille et la seringue nous paraît indispensable pour éviter les à-coups lors des manœuvres

aspiratrices. Rogers recommande d'injecter ensuite l'émétine diluée dans du sérum physiologique. On a ainsi une pénétration plus certaine dans la poche hépatique. Les doses ne sont pas différentes de celles que l'on injecte sous la peau, puisque les risques d'intolérance générale ne sont pas plus grande. Chez notre malade nous avons injecté en une fois 12 cgr. sans inconvénient.

L'injection doit souvent être répétée; la voussure se reproduisant et venant à nouveau solliciter la ponction. Un malade de Valence a guéri après une seule injection dans la poche; notre malade a guéri après deux injections d'émétine dans son abcès. Il n'y a évidemment pas d'inconvénient à tenter deux ou trois fois ce traitement local s'il semble avoir un commencement d'action.

Si cependant l'état général continuait à s'aggraver et si l'émétine n'avait pas une efficacité suffisante, l'incision chirurgicale ne devrait pas être retardée.

OBSERVATIONS

Observation personnelle

M. B..., âgé de 28 ans, nous demande en consultation au mois d'août 1929.

Il se plaint d'une douleur vive localisée au creux épigastrique, sinon très intense spontanément, du moins réveillée par la pression, le contact des vêtements, des couvertures; il a remarqué de plus lui-même l'existence d'une voussure; à notre interrogatoire il nous raconte qu'il a été au Maroc, où il a eu une dysenterie amibienne, dont il a été soigné et guéri par des injections d'émétine.

La température oscille entre 37° et 37°5' le matin, 38°5 et 39° le soir; elle est oscillante et le malade se plaint des sueurs abondantes lors de l'accès fébril vespéral. A l'inspection du creux épigastrique on note une voussure, dont le sommet est situé un peu plus haut que le milieu de la ligne ombilico-scyphoïdienne. La peau à sa surface est de coloration normale, non œdématiée. Le palper provoque

une douleur assez vive et une contraction réflexe de la paroi ; on se rend néanmoins compte de la consistance rénitente de la voussure. La percussion montre que la matité de la voussure continue avec celle du foie.

Le diagnostic d'abcès du foie d'origine amibienne paraît certain après les antécédents et la symptomatologie particulière.

Ajoutons qu'il n'existe pas de splénomégalie, ni d'ascite.

Après l'avis du docteur R... on décide en raison du peu de profondeur de l'abcès une ponction exploratrice. On retire facilement à 4 cm. de profondeur à la seringue 100 cc environ de pus vert, épais et on réinjecte 8 cgr. d'émétine dilués dans du sérum physiologique. Le lendemain le malade reçoit une dose un peu moins d'émétine sous la peau, ce traitement est continué les jours suivants.

Après 5 jours la voussure se reforme, moins saillante et moins tendue qu'au premier examen. La ponction en ce moment-là donne un liquide moins épais et plus séreux ; on injecte encore 8 cgr. d'émétine dans la poche. La saillie anormale ne nécessite plus de nouvelle ponction.

L'amélioration de l'état général est frappant. Le lendemain de la première injection la température est au-dessous de 38° le soir, et reste définitivement à ce niveau sans aucune réascension.

Au bout de 18 jours le malade est pratiquement guéri. On lui conseille de reprendre par intervalles le traitement à l'émétine.

OBSERVATION II (résumée)

Baur et Plisson : grand abcès du foie d'origine dysentérique traité par la ponction évacuatrice et l'injection d'émétine.

Comptes-rendus de la Société Médicale des Hôpitaux, 7 nov. 1913. M..., atteint de dysenterie au Maroc. Douleurs hépatiques avec irradiations scapulaires, voussure dans le 7^e espace intercostal; gros foie débordant.

Malade fatigué, amaigri, température oscillante.

A la première ponction on retire 2 litres 1/2 de pus chocolat; on injecte 0 gr. 08 d'émétine dans 40 cc. d'eau. Le malade reçoit en plus de l'émétine sous la peau. Au bout d'une dizaine de jours on pratique une nouvelle ponction, on ramène encore 1 litre de pus marron et on injecte 0,08 d'émétine dans 40 cc. d'eau. Le malade s'améliore. On pratique encore trois ponctions avec injections d'émétine dans la poche et le malade sort guéri.

OBSERVATION III (résumée)

Valence : Abscès du foie traité suivant la méthode de Rogers.

Comptes-rendus de la Société Médicale des Hôpitaux, 25 juillet 1913: F..., âgé de 32 ans, dysenterie au Maroc en 1911. Le 18 avril 1913 hépatite probable, avec fièvre, douleurs et empâtement du creux épigastrique. Le 5 juin ponction sous le rebord costal, un peu à droite de la ligne médiane. A 7 cm. de profondeur on retire 85 cc. de pus marron. Lavage au sérum, injection de 2 cgr. d'émétine.

Chute de la fièvre, diminution de volume du foie. Guérison.

CONCLUSIONS

1° Le traitement médical par l'émétine en particulier, en dehors d'un cas d'urgence, reste le premier à tenter en présence d'une hépatite amibienne.

2° La ponction évacuatrice, suivie d'une injection d'émétine dans la poche de l'abcès n'est à tenter que dans certains cas précis : si l'abcès bombe superficiellement au creux épigastrique ou dans le flanc droit.

Le danger d'hémorragie ou d'écoulement du pus dans le péritoine est ainsi réduit à son minimum.

3° Une telle thérapeutique doit être toujours aidée du traitement par l'émétine sous-cutané.

4° Elle ne devra jamais être tentée à plusieurs

reprises lorsqu'elle n'aura pas commencé d'emblée à donner une amélioration franche.

5° Elle ne devra jamais retarder une incision chirurgicale lorsque les signes généraux de suppuration persisteront et que la leucocytose ne diminue pas.

Vu le Président,

LEJARS.

Vu le Doyen de la Faculté,

ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

BAUR et PLISSON : Grand abcès du foie d'origine dysentérique. Société Médicale des Hôpitaux, 1913.

BROCQ et AUGÉ : Un cas d'hépatite aigue et deux cas d'abcès du foie. *Revue de Chirurgie*, 1917.

CHAUFFARD : Grand abcès au milieu du foie. Guérison rapide par le traitement chirurgical suivi de la cure d'émétine. Société Médicale des Hôpitaux, 1913.

LECÈNE : Traité de thérapeutique chirurgicale.

ROGERS : The rapid cure of amebic dysentery and hepatitis by the hypodermic injections of soluble salts of emetine. *Boit. Médic. Journal*, 1912.

VALENCE : Abcès du foie traité suivant la méthode de Rogers. Société Médicale des Hôpitaux, 1913.

REINHOLT : Traitement moderne des abcès du foie des pays chauds. *Bruxelles médical*, 1920.

ROMIEN : La toxicité et l'emploi thérapeutique de l'émétine. Thèse Montpellier, 1919.

